

Nouvelles régionales

ANMO

Brève histoire de l'assurance-maladie: De la solidarité à l'égoïsme

En des temps anciens, c'est-à-dire il y a quelque 60-70 ans, la société s'est émue de ces malades qui ne pouvaient pas se payer les soins qu'exigeait leur état de santé: le médecin et le pharmacien étaient trop chers ... On ne les consultait qu'en dernière extrémité, souvent trop tard. Restait alors le recours à l'hôpital, lieu où la charité humaine s'exerçait grâce aux «bonnes sœurs» dévouées et bénévoles; pourtant c'était trop souvent un lieu de mort plutôt que de nouvelle vie.

On décida alors de créer des «sociétés de secours mutuels»; pour ne pas se trouver démunis si le malheur (la maladie) s'abattait sur nous, on s'est groupé, on a cotisé «au cas où» en espérant ne pas devoir y faire recours; et si l'on avait cotisé pour rien, c'est-à-dire si l'on n'avait pas été trop malade, on était heureux de la providence et d'avoir pu aider celui qui avait eu moins de chance. La notion de mutualité était alors fondamentale; certains disaient à leur médecin ne pas vouloir recourir à l'assurance car ils pouvaient supporter les frais eux-mêmes et ne voulaient pas charger leur mutuelle. Les grandes compagnies d'assurance nourrissaient les contacts de proximité: on avait son caissier au village, on allait à l'assemblée annuelle de la mutuelle; parfois la caisse-maladie était celle de l'entreprise professionnelle et le patron la subventionnait en montrant ainsi son souci pour ses employés; parfois, comme dans les vallées alpines, la caisse régionale engageait et payait «son médecin», chargé des soins aux assurés.

Ainsi, solidarité, engagement et responsabilisation individuels permettaient à chacun de faire face au «drame de la maladie».

Les acteurs de soins y trouvèrent leur compte: les médecins furent plus à l'aise pour procéder aux examens nécessaires; les pharmaciens et les fabricants de médicaments stimulèrent la recherche de nouveaux produits (il y avait un marché puisqu'on pouvait se les payer); les hôpitaux purent réduire leur dépendance des institutions caritatives et amé-

liorer leurs équipements; l'Etat se plut à favoriser l'adhésion de la population à l'assurance-maladie en servant à celle-ci de substantielles subventions qui permirent de maintenir les primes à un niveau modeste; les assureurs, réjouis de la marche des affaires, proposèrent des couvertures toujours plus étendues: «venez chez nous, on vous assure sur tout ...». Et on finit par rendre l'assurance-maladie obligatoire; pour que chacun en profite? Plutôt pour que chacun y cotise!

Mais bien sûr le ciel bleu de l'assurance «tous risques, toutes prestations, couverture totale» s'assombrit bien vite car chacun puisait sans retenue à la source de financement: les hôpitaux se dotaient d'instruments et d'équipements toujours plus élaborés (et plus chers); l'Etat, constatant que son assistance au public lui coûtait de plus en plus cher, restreignit les subventions; les assureurs virent leur marge de profit se réduire; les assurés consommèrent de plus en plus avec de moins en moins de raison (en quoi ils ne faisaient qu'appliquer ce qu'on leur avait promis: «tout est couvert»).

Et les primes d'augmenter ...

On imagina en haut lieu que la concurrence entre les assureurs allait freiner les hausses de primes: c'était s'attaquer à une conséquence plutôt qu'à une cause. La réponse fut la disparition des petites caisses, la concentration; les assureurs se mirent à parler d'une seule voix appelée «SantéSuisse» (comme s'ils en étaient les dépositaires ...), anciennement Concordat des Caisses maladie. Et l'Etat? Il confia aux assureurs le contrôle des acteurs de soins: hôpitaux, médecins, pharmaciens ... sans exiger d'eux des rapports clairs et détaillés sur leurs activités, en particulier sur leurs comptes ... Et l'industrie pharmaceutique? On chercha à rabattre le prix excessif de certains médicaments; l'industrie obtempéra pour certains d'entre eux, retira d'autres du marché pour leur substituer des «nouveauautés» fort voisines qui n'avaient d'intérêt que leur prix élevé puisqu'elles étaient «nouvelles».

Et l'assuré? De malade potentiel, il devint consommateur réel, avec exigences à satisfaire: «je paie des primes élevées, je veux en profiter». Il avait cherché dans la solidarité la protection face au danger de la maladie, il devint celui qui s'étonne de ne pas toujours être en santé, tout de suite, entièrement: «pourtant je paie pour ...». De solidaire, il est

devenu égoïste: les restrictions, c'est pour les autres, les profiteurs sont les autres ...

Une voie vers la solution des problèmes des frais de santé ne passe-t-elle pas par l'individu-payeur-malade potentiel à qui on devrait demander:

- qu'attendez-vous de l'assurance-maladie?
- quelle part des frais de votre santé êtes-vous prêt à prendre en charge?
- puisque vous êtes citoyens-payeurs d'impôts, quelle part l'Etat doit-il prendre à sa charge?
- faut-il continuer à chercher le frein dans la concurrence entre entreprises privées ou l'Etat doit-il commencer à gérer lui-même l'assurance-maladie?
- faut-il restreindre la couverture de l'assurance obligatoire aux soins essentiels au maintien de la vie ou lui demander de prendre en charge les soins de confort?
- les dépenses de santé coûtent cher; mais

quelles en sont les retombées bénéfiques pour la société: places de travail, activité industrielle, gain de productivité, par exemple?

- faut-il que le placement en home de personnes âgées soit pris en charge par la caisse maladie? En effet, l'espérance de vie augmente, les charges des familles vis-à-vis de leurs membres âgés aussi; le placement en home déplace ces charges des familles vers la collectivité.

Peut-être retrouverons-nous un peu de la solidarité et de la responsabilité qui firent le lit de l'assurance-maladie; elle n'est pas un «droit», ni une manière de «s'acheter la santé», mais une protection contre un des constituants de la nature humaine: la maladie ...

Le groupe de presse de l'ANMO:

J.-F. Boudry, J.-P. Studer, G. Villard